

Physician Group OF ARIZONA, INC.

Nombre de la clínica: _____

Médico/Prestador consultado en el día de la fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE								
Fecha	Apellido del Paciente		Nombre del Paciente			Segundo nombre del Paciente		
Domicilio permanente			Ciudad	Estado	Código postal			
Domicilio temporario			Ciudad	Estado	Código postal			
Género	Fecha de nacimiento	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a			Teléfono particular <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporario			
N.º de seg. soc.		Ocupación	Empleador					
Domicilio del empleador			Ciudad	Estado	Código postal			
N.º de licencia de conducir		Dirección de correo electrónico		Teléfono comercial		Teléfono celular		
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE								
Relación con el paciente		Apellido	Nombre			Teléfono particular		
Domicilio			Ciudad	Estado	Código postal			
N.º de seg. soc.		Ocupación	Empleador					
Domicilio de la compañía			Ciudad	Estado	Código postal			
Nombre del cónyuge (y apellido si es distinto)		Empleador		Teléfono				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (debe completarse en su totalidad a los fines de su verificación) Tilde aquí si NO tiene seguro <input type="checkbox"/>								
Principal compañía de seguros	Importe de copago	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación del paciente con el asegurado				
				Es él/ella	Cónyuge	Hijo/a	Otra	
Domicilio de la compañía de seguros			Fecha de entrada en vigencia	Teléfono				
Grupo o N.º póliza			N.º de Medicare	N.º de Medicaid				
Segunda compañía de seguros	Importe de copago	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación del paciente con el asegurado				
				Es él/ella	Cónyuge	Hijo/a	Otra	
Domicilio de la compañía de seguros			Fecha de entrada en vigencia	Teléfono				
INFORMACIÓN SOBRE LESIONES (debe completarse en su totalidad)								
¿Razón de la consulta?		¿Por qué tipo de lesión le estamos viendo a usted? (indique derecha o izquierda, si corresponde)						
Se trató de un/ una: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Lesión		Fecha del accidente o de la lesión	Lugar del accidente o de la lesión: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela Otra: _____					
Nombre de la escuela		Deporte/actividad	¿De qué manera sufrió la lesión?					
¿Se relaciona con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿quién es la compañía de seguros industrial de su compañía?						
Nombre y dirección del lugar de la lesión								
Nombre y dirección del médico que lo remitió					Teléfono (requerido)			
Información para contacto de emergencia (nombre completo, relación con el paciente)					Teléfono (requerido)			

Declaro que las respuestas y enunciados que anteceden son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Por el presente, ratifico que he leído por completo el anverso y el reverso de esta sección, y estoy de acuerdo con la totalidad de sus términos.

Fecha

x _____
Firma de la Parte Responsable/Paciente

PACIENTES NUEVOS: Por favor, indiquen cómo escucharon de nosotros.

Diario Radio TV Páginas amarillas Correo Internet Médico Amigo Otro: _____

HISTORIA MEDICA DE OBSTÉTRICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Completar el Formulario _____

NOTAS DE EL MEDICO

HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD

1. ¿Tiene alergia a alguna medicina? Sí No
Si es sí, Favor de hacer una lista: _____

2. Por favor marque cualquier condición que usted tiene o halla tenido en el pasado:
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden de Sangramiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñón |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Estreptococo Grupo B | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida) |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal | <input type="checkbox"/> Herpes | |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional | | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | |

Describe si es necesario: _____

3. Favor de indicar cualquier operación o cirugía que ha tenido: _____

4. Por favor describa cualquier problema de salud o síntoma que usted tiene en este momento: _____

EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:

1. ¿Usa tabaco? Sí No Si es sí, ¿Cuanto por día? _____
2. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Si es sí, ¿Con que frecuencia? _____
¿Que tipo de bebida(s)? _____
3. Por favor liste cualquier medicina tomada desde su ultimo período, incluyendo medicina disponible sin receta: _____
4. ¿Ha recibido vacuna contra la influenza (gripe)? Sí No Si es sí, Cuando? _____
5. Por favor liste cualquier droga usada en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, metanfetamina, etc.): _____
Fecha de ultimo uso de drogas: _____
6. ¿Tiene usted historia de transfusion de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bisexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón para creer que fue expuesto a el SIDA? _____
7. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: rayos-x)? Sí No
8. ¿Está usted en una dieta especial? Sí No Si es sí, por favor describa: _____
9. ¿Tiene usted gatos? Sí No

HISTORIA GINECOLÓGICA DE SALUD

1. ¿Cuándo fue su último ciclo menstrual (periodo)? _____
2. ¿Cuándo fue su última prueba de papanicolaou? _____
¿Ha tenido un papanicolaou anormal? Sí No
Si es sí ¿Cuándo? _____ ¿Cual fue el diagnostico? _____
¿Qué se hizo al respecto? _____
3. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad inflamatoria pelvica? Sí No
Si es sí, ¿Cuándo y donde recibió tratamiento? _____
4. ¿Ha tenido Herpes? Sí No
5. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma? Sí No
6. ¿Usa usted anticonceptivos? Sí No Si es sí, ¿Qué tipo? _____
7. ¿Ha tenido infecciones de la vejiga o riñón? Sí No
Si es sí, ¿Que se hizo al respecto? _____
8. ¿Tiene usted historia de infertilidad? Sí No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. _____

Firma del Paciente _____

Nombre en letra de Imprenta _____

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ **ALERGIAS** _____

NOTAS DE EL MEDICO

9. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene en relacion a su historia de salud:

10. ¿Tiene usted alguna objeción religiosa u otras objeciones para cualquier forma de tratamiento médico que a usted le gustaría hacernos saber (por ejemplo: negar una transfusión de sangre)?

11. ¿Tiene usted alguna necesidad especial para:

Oír: Sí No Visión: Sí No Lenguaje: Sí No

HISTORIA DE FAMILIA Y GENÉTICA

1. ¿Ha tenido ya sea usted o el padre del bebe un niño con un defecto de nacimiento? .. Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

2. ¿Tienen ya sea usted o el padre del bebe un defecto de nacimiento? Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

3. Favor de describir cualquier anomalía que ha ocurrido en niños de su familia o en la familia de el padre del bebe: (por ejemplo, retardación mental, defectos de nacimiento, deformidades, o enfermedades heredadas como hemofilia, distrofia muscular, o fibrosis cística).

¿Qué parentesco tiene con usted el niño(a) o persona afectada? _____

4. ¿Tiene usted o el padre de el bebe historial de pérdidas de embarazos (abortos o nacido muerto)?

..... Sí No

Si es sí, ¿Han tenido ustedes consejería genética?..... Sí No

Si es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes estudios de cromosoma?..... Sí No

Donde y resultados: _____

5. Algunos problemas genéticos ocurren más en parejas de ciertos antecedentes raciales o ancestrales. Por favor marque si ya sea usted o el padre de el bebe tiene alguno de estos antecedentes:

¿Ascendencia Judia? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted un estudio de Tay-Sachs? Sí No

Fecha: _____ Resultado _____

¿Afro-Americano? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted estudios de Célula de Hoz? Sí No

Fecha: _____ Resultado _____

6. Por favor indique si alguien en su familia o en la familia del padre de el bebe tiene:

Diabetes Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Desorden de Sangramiento Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Alta Presión de Sangre Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Cancer Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Hepatitis Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

VIH Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

Embarazo de gestación de gemelos/embarazo de gestación Múltiple Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona con usted? _____

7. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene sobre defectos de nacimiento o los desórdenes heredados.

8. ¿Tendrá usted 35 años o más cuando nazca el bebe?..... Sí No

9. ¿Tendrá el padre 50 años o más?..... Sí No

Firma del Paciente

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

Physician Group OF ARIZONA, INC.

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	N.º de historia clínica:
---	-----------------------------------	--------------------------

O bien como Paciente o como representante legalmente autorizado del Paciente, en nombre del Paciente que recibe atención en este Establecimiento de Physician Group of Arizona, Inc., (PGA), manifiesto los siguientes consentimientos, entendimientos y acuerdos en mi nombre y en representación del Paciente en consideración parcial de los servicios de atención médica a prestarse al Paciente en el Establecimiento PGA, con inclusión de IASIS Healthcare y sus afiliadas.

Consentimiento por los servicios: Por el presente doy mi consentimiento al Establecimiento, sus contratistas y empleados para brindar servicios de atención médica al Paciente y administrar órdenes médicas en beneficio del Paciente por esta consulta y cualquier otra consulta subsiguiente. Comprendo que este consentimiento puede revocarse por escrito en cualquier momento. Comprendo que existe el riesgo de daño sustancial y serio involucrado en dichos servicios médicos, y acepto cualquier riesgo con la esperanza de obtener resultados beneficiosos a partir de dichos servicios. No se ha prometido ningún desenlace en particular ni ningún resultado de éxito. Comprendo y acepto que existe cierta incertidumbre relacionada con los servicios de atención médica por los cuales se da este consentimiento. Comprendo que los médicos son responsables de manera independiente de explicar qué hacen y, en algunos casos, de obtener consentimientos por separado por los servicios que prestan.

Cesión de beneficios: Cualquier y todo beneficio de las compañías de seguros u otro tercero responsable del pago que son pagaderos al Paciente o en representación del Paciente por los servicios de atención médica y los pagos afines por los servicios prestados o proporcionados al Paciente por el presente se transfieren y ceden al Establecimiento con el fin exclusivo de pagar los costos relacionados con los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Establecimiento. Comprendo y mi intención es que todas las compañías de seguros y otros terceros responsables del pago abonarán los beneficios directamente al Establecimiento en pago de los costos del Establecimiento y los costos de cualquier otro prestador de atención médica por quienes el Establecimiento está autorizado a facturar con relación a los servicios de atención médica prestados al Paciente.

Responsabilidad financiera: El Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, cada uno en forma solidaria y mancomunada acuerda abonar todos los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Establecimiento con inclusión, y sin limitaciones, de cualquier importe no abonado por cualquier compañía de seguros o cualquier tercero responsable del pago (con exclusión de los descuentos contractuales). El Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, continúan siendo responsables de todos los copagos, deducibles, coseguros y/o servicios no cubiertos independientemente del importe abonado por el seguro o por el tercero responsable del pago. Comprendo y acuerdo que cualquier importe no abonado dentro de los 30 días de la fecha de la factura o el resumen de pago del Establecimiento devengará intereses a una tasa del 1,5 % mensual (18% anual) sobre el saldo pendiente. En caso de derivarse cualquier saldo pendiente de pago a una agencia de cobro o a un abogado de cobranzas, el Paciente y el que suscribe, si fuera distinto del Paciente, solidaria y mancomunadamente acuerdan pagar un cargo de cobro del 20%, todos los costos y cargos de abogados, según sean razonables, con relación al proceso de cobro. Puede cobrarse un cargo de servicio con relación a cualquier cheque u otro instrumento ofrecido por el Paciente o el que suscribe pero que fuera devuelto sin pagar al Establecimiento. Los Pacientes que se presenten para realizar un pago voluntario recibirán un descuento sobre servicios específicos cuando los servicios se paguen por completo el día de la consulta.

Certificación Medicare/Medicaid/Tricare del Paciente: Certifico que la información que he suministrado con respecto al pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social o con relación a cualquier otro programa gubernamental es correcta. Autorizo a cualquier persona que disponga de información médica o de otro tipo sobre mí a facilitar a la Administración de Seguridad Social, otros intermediarios o aseguradores o el Estado, cualquier información necesaria para procesar un reclamo por este o cualquier otro servicio relacionado. Solicito que se realice el pago de costos autorizados en mi nombre directamente al Establecimiento por sus costos y por cualquier otro costo de médicos u otros prestadores por quienes el Establecimiento está autorizado a facturar con relación a su servicio.

Divulgación de información: Se requiere por ley al Establecimiento que confeccione y lleve registros del tratamiento médico del Paciente. El Establecimiento salvaguarda dichos registros y utiliza y divulga dichos registros y la información que contienen solo de acuerdo con las leyes de privacidad estatales y federales. Dichos usos y divulgaciones se describen en detalle en el Aviso sobre las prácticas relativas a la privacidad del Establecimiento, que podrán modificarse periódicamente. Comprendo que o bien el Paciente o bien el que suscribe podrán solicitar ver una copia del aviso actual en cualquier momento.

Se aplica lo siguiente si constan las iniciales al final del presente párrafo: Debido a las firmes creencias religiosas del Paciente, este consentimiento no comprende el consentimiento para la administración de sangre u otros productos sanguíneos, a menos que el Paciente posteriormente acuerde lo contrario. El Paciente comprende que esta limitación puede causar que algunos prestadores de atención médica se nieguen a brindar atención y es posible que, según la opinión de algunos prestadores, ello afecte de manera adversa el resultado de la atención.

FECHA: _____ INICIALES: _____

El que suscribe firma el presente documento o bien como Paciente o como apoderado o representante del Paciente autorizado a otorgar este documento, y a aceptar y acordar con sus términos en representación del Paciente. He leído lo que antecede y he tenido la oportunidad de formular preguntas al respecto. Dichas preguntas se han respondido de manera satisfactoria y hago constar mi entendimiento al firmar a continuación. Comprendo que tengo derecho a solicitar y a obtener una copia de este documento, así como también una copia de mis derechos de facturación, de acuerdo con la Ley de Facturación y Crédito Justos. Este documento quedará en vigencia a menos que se revoque por escrito.

FECHA: _____	FIRMA: _____
TESTIGO DE LA FIRMA: _____	RELACIÓN, SI ES DISTINTO DEL PACIENTE: _____
POR EL PRESENTE RATIFICO QUE HE RECIBIDO O SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICA RELATIVA A LA PRIVACIDAD DE PGA.	
FECHA: _____	INICIALES: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL: SI NO ES POSIBLE OBTENER UNA CONSTANCIA DEL AVISO DE PRÁCTICA RELATIVA A LA PRIVACIDAD, UN MIEMBRO DEL PERSONAL DE PGA DEBE INGRESAR UNA RAZÓN DOCUMENTADA A CONTINUACIÓN DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PGA:

Physician Group

OF ARIZONA, INC.

Az Associates for Women's Health

Stephen Frausto, MD

Manisha Purohit, MD

Brigett Warner, WHNP-BC

Cynthia Cabello, WHNP-BC

FARMACIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Farmacia: _____

Número de tel de la farmacia: _____

Localizada entre calles : _____

Código Postal: _____

Physician Group OF ARIZONA, INC.

El Departamento de Salud de Arizona da licencia a esta oficina.

Como exige la norma, requisitos y otros estatutos de Departamento de Salud de Arizona, esta oficina le ha proporcionado una copia de los Derechos del Paciente. Con su firma, usted reconoce haber recibido sus Derechos como Paciente.

Por mi petición, he leído la copia laminada de los Derechos de Paciente en la oficina y no requiero copia para uso personal. _____

Por mi petición, he recibido una copia de los Derechos del Paciente para uso personal. _____

Nombre completo: _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha y hora de recibido: _____